



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

FACULTAD DE MEDICINA

Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Médico

**“Percepción del paciente sobre la atención médica en el primer
nivel de atención en el período 2019-2020”**

AUTORAS

Andrea Estefanía Arpi Coellar

María de los Ángeles Guerra Díaz

DIRECTORA

Miriann Alexandra Mora Verdugo, Mgs

ASESORA METODOLÓGICA

Miriann Alexandra Mora Verdugo, Mgs

Cuenca, Ecuador

Febrero, 2020

Índice

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Materiales y métodos	7
Resultados	8
Categoría 1: Definición de paciente	9
Categoría 2: El buen médico	9
Categoría 3: Confinidad a la salud	10
Categoría 4: Comunidad familiarizada	10
Categoría 5: Empatía médica	11
Categoría 6: Desatención puertas afuera	12
Triangulación	13
Categoría 1: Definición de paciente	13
Categoría 2: El buen médico	13
Categoría 3: Confinidad a la salud	14
Categoría 4 y 5: Comunidad familiarizada y Empatía médica	14
Categoría 6: Desatención puertas afuera	15
Discusión	18
Conclusiones	20
Agradecimiento	21
Referencias	22
Anexos	26
1. Entrevista Semiestructurada	26
2. Consentimiento informado	27

Resumen

Antecedentes. Al valorar la calidad de atención se determina la opinión de la población beneficiaria. Además, es necesario conocer sobre la relación entre el médico y el paciente para tener una percepción real. Esta se puede justificar mediante la teoría de representación social. **Objetivo.** Conocer la percepción que tiene el paciente sobre la atención médica en el primer nivel y cómo mejorarla. **Metodología.** Estudio fenomenológico e interpretativo. Se realizó entrevistas semiestructuradas a usuarios de las Unidades Operativas El Valle, Carlos Elizalde y Parque Iberia. La muestra se saturó con 15 entrevistas. **Resultados.** Se identificaron 6 categorías. Las primeras dos fueron de definición sobre paciente y médico. Las últimas cuatro fueron confinidad a la salud, comunidad familiarizada, empatía médica y desatención puertas afuera. Se identificó una representación social en construcción. **Conclusión.** La percepción de la atención médica en las Unidades Operativas cumple con las expectativas de los usuarios, pero no existe conocimiento sobre las actividades extramurales.

Palabras clave: atención en Salud Pública, Calidad de atención, atención primaria de salud

Abstract

Background. When the quality of medical attention is evaluated, the opinion of the target population is determined. In addition, it is necessary to know about the relationship between the physician and the patient to have a real perception. This can be justified by the theory of social representation. **Objective.** Determine the perception that the patient has about medical care at the first level and how to improve it. **Methodology.** Phenomenological and interpretative study. Semi-structured interviews were conducted with users of the El Valle, Carlos Elizalde and Parque Iberia Operating Units. The sample was saturated with 15 interviews. **Results.** 6 categories were identified. The first two were of definition about patient and doctor. The last four were health confidence, familiar community, medical empathy and outpatient neglect. A social representation under construction was identified. **Conclusion.** The perception of medical care in the Operating Units meets the expectations of users, but there is no knowledge of community activities.

Keywords: public health care, quality of care, primary health care.

Translated by

A handwritten signature in blue ink that reads "Magali Aiteaga". The signature is stylized with a large, sweeping flourish at the end.A handwritten signature in blue ink that reads "Angeles Guerra". The signature is written in a cursive style with a large, sweeping flourish at the end.

María de los Ángeles Guerra Díaz

Introducción

El objetivo principal de un Sistema de Salud es el bienestar de sus usuarios, entendiéndose que esto se podrá llevar a cabo alcanzando el mejor nivel de salud posible para la población durante todo el ciclo de vida a través de la prevención de enfermedades y fomento de salud. (1) Además como uno de sus objetivos principales deben ofrecer un trato adecuado a todos sus usuarios, comprendiéndose esto como el respeto de la dignidad de las personas, su confidencialidad y autonomía. (2) (3)

Para los pacientes es muy valiosa la información ofrecida por el personal de salud, pero esta debe lograr responder las interrogantes sobre la enfermedad de manera clara e inteligible indiscriminadamente del tipo de paciente al que se enfrente. (2) Además, no solo se debería centrar en responder a preguntas en el perfil profesional, sino ofrecer al paciente la oportunidad de expresar las múltiples preocupaciones e incertidumbres alrededor de su patología, y poder asumir el papel de interlocutor válido y activo. (2) Para iniciar se debe entender los varios significados que tiene el término paciente, el principal se refiere a ser que tiene paciencia, se origina del latín “patientis” que significa padecer, o igualmente se puede considerar como persona enferma o que se encuentra recibiendo un tratamiento. (4) El paciente debe ser considerado como un hombre con una enfermedad, que es una entidad biológica, individual e integrativa que depende de su pensamiento y entorno social, cultural y laboral. (5,6)

Dentro de las principales razones por la que el paciente no se encuentra satisfecho con el Sistema de Salud en nuestro medio, se centra en una relación médico-paciente deficiente. (5) Una razón para este declive es por el reemplazo del paciente como una persona padeciente por considerarla sólo como una enfermedad, un órgano o un sistema dañado, por lo que la interacción y la conversación con el paciente como un todo quedó obsoleto. (5)(7) Entonces la relación médico-paciente se considera como aquella en la que un profesional que se detiene junto al enfermo y que pasa tiempo con él con la finalidad de procurar el alivio si está en sus manos, al alcance de su arte o de la terapéutica existente. (8) Las cualidades deseadas para una buena relación con el paciente, se encuentra la empatía, se considera que

es un área que se desarrolla con el tiempo y la práctica, aunque la misma puede ser considerada como una característica innata de la persona. (8)

En cuanto a la calidad no es nada más que la valoración de criterios que se aplican a muchos aspectos, propiedades, ingredientes o dimensiones de un proceso llamado atención en salud. (9) Si nos referimos a calidad en los servicios de salud, esta es la medida mediante la cual los procedimientos médicos aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados por los pacientes, (10) por lo tanto podemos decir que calidad es hacer lo correcto en una primera instancia, y hacerlo de manera continua, incluso con recursos limitados. (11,12) Tomando en cuenta esto la definición de calidad puede ser cualquier cosa que alguien desea que sea, sin embargo, es el reflejo de valores y metas actuales que el sistema de salud tiene y el rol que ocupa en la sociedad en la que se encuentra. (13)

Cuando todos estos aspectos se unen en el pensamiento de la población podemos hablar sobre representaciones sociales que son la expresión del conocimiento de un sentido común, estas son manifestadas por un individuo y se refiere a algo o alguien que forme parte de lo que podría considerar como común, siendo esto un contenido o acontecimiento. (14)

La representación social está asociada al lenguaje y las prácticas sociales de un grupo de personas que formen parte de un grupo cultural, esta información que circula cuando estos individuos se comunican van creando nuevas formas de pensar y actuar. Se forma a partir de dos etapas: objetivación y anclaje, la primera consiste en seleccionar conceptos abstractos, atributos o conceptos y transformarlos en imágenes concretas, es decir, materializar un concepto. La segunda etapa consiste incorporar los conceptos que se materializaron anteriormente a una realidad social, de esta manera esto se convierte en un instrumento social para las interacciones sociales. (14,15)

Todo este proceso cumple ciertas funciones: permite que los objetos, personas y situaciones de la vida cotidiana sean convencionales dándole una forma y colocándolos en una categoría, llevando estos elementos de una realidad extraña a una realidad familiar. También promueve a la comunicación entre las personas y el pensamiento colectivo que ayuda a los individuos a identificar el grupo al que

pertenece, de esta manera permite justificar las decisiones y comportamientos que se dan durante una interacción social. (15)

Materiales y métodos

Estudio de tipo fenomenológico con enfoque interpretativo de vivencias mediante análisis de discurso posterior a una entrevista semiestructurada. (Anexo 1)

El universo estuvo constituido por todos los pacientes subsecuentes que asistan a las Unidades Operativas de primer nivel de atención: Parque Iberia, El Valle y Carlos Elizalde. La muestra se estableció mediante saturación de discurso, es decir, se completó cuando no se obtuvieron elementos nuevos en el relato de los participantes. La investigación se saturó con 15 personas, 5 de cada Unidad Operativa.

Cada participante debía ser mayor de 18 años, asistir a la consulta externa subsecuente de cada Unidad Operativa, se excluyó a personas con discapacidad intelectual o física que dificultara una comunicación adecuada. Una vez identificados los participantes, se dio a conocer los objetivos del estudio y posteriormente firmaron un consentimiento informado (Anexo 2).

Se realizó un pilotaje de la entrevista semiestructurada, elaborada por las autoras, la cual se aplicó a dos personas que acudieron a una Unidad Operativa, lo que permitió adecuar las preguntas para la utilización en los participantes del estudio.

Posteriormente se aplicó la entrevista semiestructurada a los usuarios que acudieron a las respectivas Unidades Operativas. La misma estuvo compuesta de 12 preguntas, estas fueron grabadas en condiciones de privacidad en espacios ofrecidos por las Unidades Operativas. Para garantizar la confidencialidad las entrevistas fueron codificadas, utilizando la primera letra del nombre y apellido del participante seguido de un número establecido por el orden en el que se realizó la entrevista. Así mismo, para garantizar la confidencialidad de los profesionales se codificó con las iniciales de cada especialidad, seguido del número de consultorio en el cual se encontraron el día que se realizaron las entrevistas. La transcripción se elaboró por medio de dictation.io.

El análisis del discurso fue ejecutado mediante la identificación de la idea núcleo y sus sintagmas, utilizando la aplicación Wordle, que permitió obtener la nube de

palabras en base a los términos que más se repiten en cada entrevista. La triangulación se realizó con dos médicos que laboran en las Unidades Operativas, a quienes se les aplicó la misma entrevista que a los participantes

Resultados

En las entrevistas participaron 15 pacientes, entre los cuales se encontraron 9 mujeres y 6 hombres. Entre 19 a 75 años de edad, que acudieron a las unidades operativas mínimamente por dos años.

Según las respuestas dadas por los participantes del estudio sobre su percepción de la atención médica se obtuvo seis categorías distintas: las dos primeras explican la percepción de los pacientes sobre conceptos básicos de la interacción médico-paciente y las cuatro siguientes se basan en el objetivo principal de este estudio. Las cuales se presentan a continuación:

Definición de paciente	5. ¿Qué es ser un paciente?
El buen médico	6. ¿Qué considera usted un buen médico?
Confinidad a la salud	2. ¿En qué le favorece tener un centro de salud por su casa? 3. ¿Por qué acude a esta unidad operativa? 4. ¿Cómo se beneficia de la atención que recibe en este centro de salud?
Comunidad Familiarizada	2. ¿En qué le favorece tener un centro de salud por su casa?
Empatía Médica	7. ¿Cómo es la consulta con su médico? 8. Usted que acaba de salir de su consulta. ¿Qué conoce de su enfermedad? 9. ¿Para usted que es una atención de calidad? 11. ¿Qué dudas tiene usted después de la consulta?
Desatención puertas afuera	10. ¿Cómo se involucra el médico en su comunidad?

Realizado por: Andrea Arpi, Ma. De los Ángeles Guerra.

Categoría 1: Definición de paciente

En cuanto a este concepto las respuestas nos indican que el concepto de paciente está dirigido hacia la presencia de enfermedad o la necesidad de ayuda por parte del personal de salud. Es importante indicar que se considera que las actividades de las unidades operativas se realizan en función de resolución de problemas en lugar de prevención de patologías, de la misma manera podríamos añadir que la percepción del concepto de paciente es ser una persona que espera. Esto se expresa en las siguientes narraciones:

BR3: *“Es una persona enferma, delicada, que necesita atención”*

LR10: *“Ante todo ser paciente, es tener paciencia en espera...”*

Categoría 2: El buen médico

A partir de las entrevistas realizadas se obtuvo un conjunto de características que formarían parte del concepto de lo es ser un buen médico, entre las cuales, la más importante es la capacidad en proveer atención al paciente en su totalidad en lugar de observar sólo lo correspondiente a la patología del mismo, seguida de la cordialidad durante el desarrollo de la consulta considerándose a esto como un trato amable, respetuoso y justo. Los individuos del estudio expresaron la necesidad de una comunicación clara que les permita obtener la información pertinente sobre aquello que les aqueja; de forma honesta y que pueda adaptarse a sus necesidades. Como podemos ver en el siguiente discurso:

BM1: *“Es una persona sociable, tratable y que le guste dialogar con el paciente “*

LR10: *“Bueno, aquel que primero (...) el respeto que tienes para él lo da a ti, que te habla con franqueza es muy importante eso (...) que nos traten igual por igual, el respeto y la comunicación son muy importantes”*

Categoría 3: Confinidad a la salud

Uno de los aspectos más valorados para los individuos es la accesibilidad a las instalaciones de las unidades operativas por la cercanía física que estas presentan hacia los domicilios en las diferentes zonas de la ciudad. Además al ser este un servicio gratuito lo convierte en una ventaja para la economía de la población beneficiada, independientemente de su nivel económico y condición social. Que podemos identificarlos en los siguientes relatos:

JC7: *“Tengo aquí los medicamentos que no me cuestan y aquí casi siempre hay todo”*

PC4: *“Me favorece en la comodidad, en que está cerca de mi casa y puedo venir cuando necesito”*

Categoría 4: Comunidad familiarizada

Uno de los motivos más importantes por lo que los participantes acuden a las unidades operativas es la familiaridad que han adquirido a través de los años con el personal médico que aquí labora, además de la buena calidad con la que ofrecen sus servicios; es por esta confianza y aprecio que continúan acudiendo a pesar de situaciones especiales, por ejemplo cambio de domicilio. Esto se expresa en las siguientes narraciones:

Según PC4: *“Bueno, primero cuando llegué lo tenía más cerca y me trajeron acá, me atendieron muy bien y a pesar de que hemos cambiado de sitio de residencia sigo asistiendo porque tengo un excelente médico me ha controlado la salud, nos atiende muy bien”*

BR3: *“Siempre vengo porque es bueno atenderse aquí, nos dan la medicación y lo que nos dan nos hace bien.”*

Categoría 5: Empatía médica

La opinión general sobre la calidad de atención proporcionada por los médicos, cubrió las expectativas de los pacientes en su totalidad, debido a que se considera que la forma de la atención médica a base de la anamnesis y aplicación de examen físico fue pertinente de acuerdo a cada patología, además de que indicaron la importancia de una comunicación adecuada ya que se le permite al paciente participación sobre su enfermedad dentro de la consulta médica. El interés y cordialidad mostrada por los médicos tiene gran valor para los pacientes, ya que pudieron expresar su complacencia con la forma en la que los profesionales de estas Unidades Operativas manejan sus respectivas consultas, independientemente del médico que realizó la atención. De acuerdo al punto de vista del paciente la administración del tratamiento es adecuada, ya que se les ofrece una explicación completa sobre su manejo. Esto se expresa en los siguientes relatos:

CO10: “La doctora siempre ha sido muy amable y siempre está atenta, me pregunta muchas cosas sobre mi estado, si me he alimentado bien y si tomo la medicación”

LR11: “La doctora es excelente, nos habla claro, nos trata bien, un médico que explica textualmente y te orienta, tienes una duda y te da una buena orientación, te hace una buena evaluación, te evalúa bien ósea te revisa todo.”

La información brindada por el médico, es considerada pertinente y completa en la mayoría casos, ya que se le explica al paciente el ¿Qué?, ¿Cómo? y ¿Por qué? de su patología, incluso se menciona en el diálogo la promoción de salud, al encontrarse satisfechos con la consulta los pacientes indican no presentar dudas al final de la misma. Como podemos ver en el siguiente discurso:

JC7: “...me pregunta todo lo que me molesta y cumple con lo que espero que es que me trate como merezco, ósea bien. Me han explicado como tengo que seguir el tratamiento, por cuanto tiempo debo hacerlo y que si lo descuido puede retomar la enfermedad. Y al comienzo me explico porque sucedió y todo el procedimiento y controles que tenía que hacerme. Además que me ponga la vacuna ahora que tengo la oportunidad.”

Se observó que el tiempo de espera previo a consulta, varía mucho en cada Unidad Operativa, por lo cual los participantes pudieron expresar su inconformidad respecto a esta situación, y justificaron que este aspecto es ajeno a la voluntad del médico y que estas situaciones deberían ser solucionadas por la entidad que coordina el proceso administrativo.

SC12: “Debería haber más atención en las fichas, no es tanto en cuestión de atención de médicos, a veces se cambian los números en las fichas y se pierden o se confunden o no suben enseguida la ficha al consultorio del médico, más cuestiones administrativas. A veces uno está arriba esperando y ni han subido la ficha.”

Posterior al criterio brindado por los participantes, expuesto anteriormente, todos sugirieron que el personal médico continúe con su buena labor.

LR10: “Yo sugiero que no cambien, que de verdad nos sigan tratando como seres humanos que todos somos iguales que mantengamos el respeto mutuo y que no haya diferencia que porque uno sea, ejemplo ustedes son médicos, nosotros somos campesinos, somos amas de casa, tenderos ósea que el respeto sea igual y que la calidad sea igual para todos.”

Categoría 6: Desatención puertas afuera

Los participantes expresaron en su mayoría conocer que las Unidades Operativas realizan actividades fuera del establecimiento de manera periódica, ya que observan al personal interactuar con miembros de las respectivas comunidades, pero no conocen exactamente las actividades se realizan a nivel extramural, además de campañas de vacunación y en muy pocos casos conocen sobre visitas domiciliarias. Por lo tanto dicho servicio, no es conocido ni valorado por la comunidad por la falta de información a la población por el centro de salud. Lo que se refleja en los siguientes discursos:

JC11: “Si veo que salen a ver a la gente, a mí no me han visitado, pero sé que salen, también ponen vacunas.”

CO10: *“Sé que colocan vacunas, pero más de eso no.”*

PC4: *“Si, he visto que ponen vacunas o que salen pero no sé qué más hacen.”*

Triangulación

Luego de aplicar la entrevista semiestructurada a dos médicos de las Unidades Operativas, se puede observar que tienen opiniones similares a los usuarios los servicios de salud.

Categoría 1: Definición de paciente

Los médicos coinciden con los usuarios en el concepto de este término, considerando que un paciente es una persona que requiere de atención por parte del personal de salud, y que presente un problema de salud.

MG1: *“Persona necesitada de atención, mediata o inmediata, que requiere de todo el apoyo del equipo de salud”*

MF1: *“Persona que tiene algún problema de salud, que requiere atención de un profesional de la salud”*

Categoría 2: El buen médico

El personal médico coincide en ciertos aspectos con la percepción que tienen los pacientes sobre un buen médico, principalmente en la necesidad de una preparación académica adecuada, que les permita una buena capacidad resolutive, mostrar interés en el paciente y ser un buen ser humano, servir a la comunidad a la que pertenecen y de esta manera ayudar a cumplir las expectativas que tienen los pacientes sobre el servicio de salud.

MG1: *“...Alguien preparado, que está dispuesto a servir a la comunidad y que a pesar de las exigencias del servicio, trata de sacar adelante el bienestar del paciente...”*

MF1: *“... Aquel que tiene una buena preparación académica, pero también un buen ser humano, que pueda prestarle atención al paciente, para que se sienta bien...”*

Categoría 3: Confinidad a la salud

Los médicos dieron a conocer que la accesibilidad en relación a la cercanía física y a la gratuidad de los servicios de salud es un aspecto valioso para los pacientes, ya que esto facilita una pronta atención y control adecuado de patologías. Como se explica en los siguientes discursos:

MG1: *“La cercanía es importante, porque ayuda a los pacientes que tiene dificultad para acercarse a centros de mayor complejidad.”*

MF2: *“Yo pienso que facilita la accesibilidad a los servicios y de esa forma una resolución oportuna de las patologías, el control adecuado, y la comodidad que es muy importante para los pacientes”*

Categoría 4 y 5: Comunidad familiarizada y Empatía médica

Para poder ganar la confianza de los pacientes y que se sientan a gusto con el personal que labora en las Unidades Operativas, se debe ofrecer un trato adecuado basándose en respeto, atención y cordialidad, además de una actitud positiva durante la jornada de trabajo, a pesar del poco tiempo que disponen para poder revisar a cada paciente. Que se expresa en las siguientes narraciones:

MG1: *“Un trato cordial es importante porque así los pacientes se sienten cómodos al acudir, ya que confían en nosotros para resolver sus dolencias...A veces tenemos mucha afluencia de pacientes, y con solo 20 minutos de atención, se limita mucho la actividad, y hay que completar una ficha física y digital, pero a pesar de eso debemos darle la mejor atención posible a los pacientes.”*

MF1: *“Como médicos debemos concentrarnos en el paciente, a veces el simple hecho de escuchar a alguien, de prestarle atención y tratarlo adecuadamente, puede ayudar a que el paciente se sienta bien, que te tenga confianza. Me parece que la medicina actual debe ser una confluencia entre arte y ciencia”*

Categoría 6: Desatención puertas afuera

La actividad extramural consiste en su mayoría en el control de pacientes crónicos, pero que en ocasiones es complicado poder cumplir con estas labores por la abundante demanda de los servicios, el número limitado de personal médico o por la integración de nuevo personal médico a las Unidades Operativas. Si bien, los médicos consideran que si se realiza actividades extramurales concentradas en patología crónica, no se realiza prevención de enfermedades y promoción de salud, además no perciben que existe una falta de información de dichas actividades a la comunidad. Como podemos observar en las siguientes narraciones:

MF1: *“Si realizamos actividad extramural, que consiste en control y seguimiento de patologías crónicas, con la estrategia médico del barrio... lo he hecho muy poco estas últimas semanas, porque contamos con menos personal ahora por lo que tenemos que priorizar la atención intramural, no por nosotros pero debemos hacerlo por el sistema”*

MG1: *“Ahora por lo que no hemos estado tanto tiempo, no he tenido mucho contacto con la comunidad, pero ya he conocido a los líderes de las comunidades y con otras instituciones con quienes hacemos visitas a pacientes discapacitados.”*

Recomiendan agilizar el llenado de formularios y procesos administrativos para poder así dedicar más tiempo a la atención del paciente, además de mejorar la prevención y promoción en salud en las Unidades Operativas.

Al analizar cada una de las categorías, podemos reconocer que las mismas forman parte de una representación social en construcción, debido a que el conjunto de opiniones e ideas expresadas por los entrevistados ayudan a obtener una percepción común de una realidad y cómo actúan respecto a la misma, ayudándonos a obtener un concepto concreto de la calidad de atención médica en las unidades operativas siendo estas positivas en su totalidad, además de que cada una de las opiniones se basan en experiencias previas vividas por cada participante y no transmitidas de una generación a otra. Como podemos observar en las siguientes narraciones:

BM1: *“Todos me tratan bien, eso es la base, si me tratan bien en donde quiera que estoy entonces me siento bien y regreso.”*

JC11: *“El doctor me atendió bien, me revisó bien y realizó todo el chequeo de rutina, fue amable y paciente.”*

Posterior a la revisión de los resultados de las entrevistas semiestructuradas podemos obtener una respuesta clara a nuestra pregunta de investigación: los pacientes consideran que la atención médica en el primer nivel de salud es de buena calidad indistintamente del tipo de atención. Los pacientes recomiendan que se debería agilizar el proceso de manejo de fichas clínicas, no se centraron ninguno cambio.



Discusión

Una atención de calidad en el ámbito de la salud es considerada como la capacidad del Sistema de Salud para asegurar que el paciente reciba un conjunto de servicios adecuadamente para asegurar una atención sanitaria óptima. Para lograr esto se debe tener en cuenta todos los factores, conocimiento del paciente y servicio médico, es por esto que la percepción que el paciente tiene sobre el servicio médico es de gran importancia.

En este estudio se ha hallado datos muy alentadores sobre la relación médico-paciente. Si bien esta relación no fue evaluada en otras investigaciones, las características empleadas sí lo fueron. Dentro de las percepciones más importantes se encuentra la accesibilidad a los servicios, como indica Redondo (16) y Delgado (17) al asegurar que la cercanía física destaca dentro de los aspectos más importantes valorados por los pacientes. De igual manera, se identificó en este estudio la categoría confinidad a la salud, en la que el sintagma es la cercanía.

Como expone García (18), que afirma que los médicos consideran que los pacientes valoran positivamente la rapidez con la que se puede acceder a los servicios, se puede considerar una tendencia de estas opiniones como parte de una representación social. Lo que coincide con el sintagma “rapidez”, que pertenece a la primera categoría del presente estudio

En el estudio “Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá” (19) se evalúa la satisfacción de los pacientes basándose en la capacidad para realizar una anamnesis adecuada así como el examen físico aplicado y el interés que este demuestra, en base a la historia clínica del paciente, en el cual podemos observar respuesta positiva respecto a interrogantes dirigidas sobre estos temas. De igual manera, se pudo ver en este estudio que los usuarios se expresan positivamente sobre estos aspectos de la atención médica, como se puede observar en la categoría 5.

Szwako (20) y Girón (21) explican que el interés dirigido hacia las diferentes dimensiones del paciente es un aspecto muy importante ya que la mayoría de los participantes indica la satisfacción sobre el mismo en las consultas médicas a las

que asistieron. Estas características son consideradas indispensables en el personal médico para crear un lazo de confianza con el profesional e incluso con la institución a la que acude, siendo esta opinión compartida en las categorías 4 y 5 del presente estudio. Como ya se ha observado en otros estudios, una experiencia insatisfactoria con el servicio provoca que el paciente elimine cualquier otra percepción positiva que haya experimentado con anterioridad y de esta manera elimina la percepción global del paciente respecto al servicio o a la institución. (22, 23)

Otra necesidad que debe cubrirse igual o mejor que las habilidades ya mencionadas, es un trato amable. Este se entiende como respeto y cordialidad en el momento de la consulta, lo que incluso puede ayudar al paciente a mejorar o controlar su enfermedad de una manera más efectiva como podemos ver en el estudio presentado por Hernández (24), en donde se muestra una opinión negativa hacia el personal médico respecto a la forma en la que fueron tratados, siendo esto lo contrario con las opiniones positivas en su totalidad obtenidas en el presente estudio.

Al igual que Alfranca (25) y Vásquez (26), que analizan la forma en la que se desenvuelve la relación médico-paciente, casi la totalidad de los pacientes consideran que los profesionales tienen un trato respetuoso, adecuado y muestran interés por el ámbito en el que el paciente se desenvuelve.

En cuanto a las indicaciones médicas recibidas en el presente estudio, los pacientes refirieron tener una buena comprensión de las indicaciones, siendo esto similar a otros estudios en los cuales la totalidad de los pacientes entendió por completo la manera en la que el tratamiento debe ser llevado. (27,28, 29)

El tiempo de espera es una problemática frecuente en los servicios de primer nivel de atención, en su mayoría presentados por una deficiente atención por el personal administrativo. Esta observación es expuesta en múltiples estudios realizados en Latinoamérica, siendo este uno de los principales motivos de insatisfacción del paciente. Esto coincide con el presente estudio ya que los usuarios fueron muy firmes respecto a su opinión sobre un tiempo de espera prolongado y falta de eficiencia por parte del personal administrativo. (19, 20,23)

Según el Ministerio de Salud (30), la atención extramural en la zona rural y urbana corresponde al 30% y 50% respectivamente, lo que no coincide con el estudio de Espinoza (31) donde el porcentaje de individuos que no han recibido visitas domiciliarias corresponde al 93% de los encuestados. Al igual en el presente estudio, los usuarios aseguran no haber experimentado las mismas a pesar de ser pacientes de edad avanzada o presentar una patología crónica.

Es evidente la falta de información sobre las actividades realizadas en comunidad en el presente estudio, ya que los individuos entrevistados indicaban que el equipo de salud sale únicamente a vacunar. Esto es similar al estudio expuesto previamente en el que el 71% de usuarios no recibe información sobre los servicios que oferta el centro de salud. (31)

En cuanto a la teoría de representaciones sociales sobre los diferentes aspectos de la atención que provee el personal médico, en varios estudios se concluye que existe una representación social sobre las expectativas que tienen los pacientes acerca de la relación médico-paciente, en donde se ahonda la capacidad de mostrar interés en la persona, el respeto y, por claro, el conocimiento y la capacidad que tienen los médicos para transmitirlos. Siendo esto similar en el presente estudio. (32,33)

Conclusiones

1. Los usuarios perciben que el personal médico del primer nivel de atención ofrece un servicio oportuno y adecuado a la comunidad, basándose en un trato cordial, respetuoso y acorde a sus necesidades. Por esto, no se sugiere realizar cambios en el mismo.
2. Para mejorar la percepción sobre la atención en los servicios de salud es conveniente agilizar el manejo de fichas clínicas para así reducir los tiempos de espera.

Recomendaciones

Mejorar el proceso administrativo mediante el manejo adecuado de fichas e insumos de la unidad operativa.

Informar en cada consulta sobre los servicios extramurales y como acceder a ellos.

Brindar información simplificada para mayor entendimiento del paciente, independientemente de su nivel socioeconómico.

Conflicto de interés

Los médicos que laboran en las Unidades Operativas no forman parte del estudio.

Agradecimiento

Agradecemos a Dios por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad. A nuestras familias, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nosotros, por los consejos, valores y principios que nos inculcaron. Así mismo, a nuestros docentes de la Escuela de Medicina de la Universidad del Azuay, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, a la Dra. Miriann Mora Verdugo, directora de nuestro proyecto de investigación, quien nos ha guiado con su paciencia, y rectitud como docente, y a las Unidades Operativas El Valle, Parque Iberia y Carlos Elizalde por su colaboración con este proyecto.

Referencias

1. Sala M, de Cárdenas O. Ética Médica [Internet]. La Habana; 2000. Available From: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v37n2/est09200.pdf>
2. Objetivos y funciones de los sistemas de salud [Internet]. 1st ed. México D.F; 2002. Available From: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/presentacion.pdf>
3. OMS | Capítulo 7: Sistemas de salud [Internet]. Who.int. 2020. Available from: <https://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/>
4. Ramírez Sánchez T, Nájera Aguilar P. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios [Internet]. Morelos; 1998. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/1998.v40n1/03-12/es>
5. H M. Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias [Internet]. 1st ed. México D.F; 2017. Avararle From: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000300299
6. Baquero J, Callizo A. La Relación Médico-Paciente [Internet]. 1st ed. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2017. Avararle From: https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion_medico_paciente/files/assets/common/downloads/publication.pdf
7. Mejía Estrada A. La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica [Internet]. Michoacán; 2017. Avararle From: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016
8. Mezzich J. 8. Toward Person-Centered Medicine: From Disease to Patient to Person [Internet]. 1st ed. 2010. Available from: https://www.researchgate.net/publication/44634098_Toward_Person-Centered_Medicine_From_Disease_to_Patient_to_Person
9. Lee R, Jones B, Jones L. The fundamentals of good medical care. 20th ed. Chicago: University of Chicago Press. 1933

10. Coronado R, Cruz E. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores [Internet]. 1st ed. Ciudad de México; 2013. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>
11. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care [Internet]. 3rd ed. 2005. Available from: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>
12. Ipinza Riveros M. Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables. 1st ed. Chile; 2007.
13. Maladon Logoño G. Garantía de Calidad en Salud. 2nd ed. Colombia: Panamericana; 2006.
14. Piña Osorio J, Cuevas Y. La teoría de las representaciones sociales Su uso en la investigación educativa en México [Internet]. 1st ed. Ciudad de México; 2004. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982004000100005
15. Materan A. Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa [Internet]. 2nd ed. San Cristóbal; 2008. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/360/36021230010.pdf>
16. Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E. Perceptions and Expectations of Primary Health Care: a New Form of Identifying Improvements in the Care System [Internet]. 2nd ed. Madrid; 2005. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13080287>
17. Delgado Sánchez A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. Aten Primaria. 2nd ed. 2003
18. Hernán García M, Gutiérrez Cuadra J. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. [Internet]. 1st ed. Granada; 2002. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656702790665?token=F1B0EE457BCF2CA2023AE080F14B6A1D26E0AD7C6875F6920D557B759011894D6141865B1DAB165EB5B9004B7FF890AB>

19. Gonzales Quiñonez J. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá [Internet]. 1st ed. Bogotá; 2014. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/38192/52575>
20. Szwako A. Percepción de la calidad de atención médica en consultorios de la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, AsunciónParaguay. Año 2013 [Internet]. 1st ed. 2017. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884756/percepcion-de-la-calidad-de-atencion-pb.pdf>
21. Calidad de la relación médico paciente y resultados de encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. Rev. Esp. Salud [en línea] 2002; 76 (5)
22. Lewis JR. Patients Views on quality care in general practice: literature review. Soc Sci Med 1994;39:665-70
23. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997;45:1829-43
24. Brown Fretell J. El tiempo de espera y su relación en la satisfacción de los usuarios del puesto de Salud Villa del Sol - Chosica - 2015 [Internet]. 1st ed. Chosica; 2018. Available from: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12725/Brown_FJ.pdf
25. Hernández Ibarra L, Mercado Martínez F. Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular [Internet]. 1st ed. Guadalajara; 2013. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200009
26. Alfranca R. EXPECTATIVAS Y PREFERENCIAS EN LA UTILIZACION DE SERVICIOS EN ATENCION PRIMARIA [Internet]. 1st ed. Girona; 2014. Available from: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/145903/trap.pdf>
27. Vásquez Cruz E. Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica [Internet]. 1st ed. Puebla; 2018. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n2/0124-0064-rsap-20-02-254.pdf>

28. Ramos Rodríguez C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina [Internet]. Lima; 2008. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832008000100003
29. Bravo Tapia M. Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Subcentro de Salud de Amaguaña [Internet]. 1st ed. Quito; 2011. Available from: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2843/1/Bravo%20Tapia%20Melida%20Rosario.pdf>
30. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS [Internet]. Quito; 2012. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
31. Espinoza Barrera N. Sistema para garantizar calidad de atención primaria en el Centro de salud N° 8 de la ciudad de Quito. [Internet]. 1st ed. Quito; 2014. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/3634>
32. Navarro Escalera A. Representaciones sociales del médico, paciente y atención médica [Internet]. 1st ed. Ciudad de México; 2017. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con173b.pdf>
33. Herrera Medina N. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia [Internet]. 1st ed. Bogotá; 2010. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a01.pdf>

Anexos

1. Entrevista Semiestructurada

Entrevista Semiestructurada

Unidad Operativa

Código usuario

Fecha:

Código Profesional

Edad:

Sexo

Crónico:

¿Desde cuándo usted acude a esta casa de salud?

¿En qué le favorece tener un centro de salud por su casa?

¿Por qué acude a esta Unidad Operativa?

¿Cómo se beneficia de la atención que recibe en este centro de salud?

¿Qué es ser un paciente?

¿Qué considera usted un buen médico?

¿Cómo es la consulta con su médico?

Usted que acaba de salir de su consulta. ¿Qué conoce de su enfermedad?

¿Para usted que es una atención de calidad?

¿Cómo se involucra el médico en su comunidad?

¿Qué dudas tiene usted después de la consulta?

¿Qué recomendaciones daría para que la atención sea ideal?

2. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

“Percepción del paciente sobre la atención médica en el primer nivel”

Yo, con número de cédula de identidad _____ estoy de acuerdo en participar de la investigación, “Percepción del paciente sobre la atención médica en el primer nivel” en el año 2019-2020, desarrollado por las investigadoras María de los Ángeles Guerra y Andrea Arpi, estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay, después de haberseme explicado la importancia de la misma y la repercusión que tendrá en el orden personal y para la comunidad, además se me comunicó que todos los datos que aporte serán utilizados solo con fines científicos y que puedo abandonar la misma cuando lo considere oportuno, se realizará una entrevista semiestructurada con duración de 15 a 20 minutos, la misma que se grabada. Los participantes no recibirán remuneración económica y su participación no tendrá repercusión en su salud ni la atención medica que recibirán. Para que así conste firmo la presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma del participante: _____

Profesional encargado: _____

En caso de dudas, por favor comunicarse con las investigadoras

Andrea Estefanía Arpi Coellar

0979343157

María de los Ángeles Guerra Díaz

0984115024